Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

ISSUE/SURVEY PAPER

Sustainability of Canada's healthcare system

JUNE 2002

This paper is one of a series of nine public issue/survey papers designed to help Canadians make informed decisions about the future of Canada's healthcare system. Each of these research-based papers explores three potential courses of action to address key healthcare challenges. Canada may choose to pursue some, none, or all of these courses of action; in addition, many other options are available but not described here. These research highlights were prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada, by the Canadian Health Services Research Foundation.

Thank you for your interest in shaping the future of Canada's healthcare system.

This issue/survey paper on the sustainability of Canada's healthcare system is one of a series of nine such documents the Commission on the Future of Health Care in Canada has developed in partnership with the Canadian Health Services Research Foundation. They were designed to enable Canadians to be better informed about some of the key challenges confronting their health care system and to express their preferences on proposed solutions. We have worked hard to summarize relevant, factual information and to make it as balanced and accessible as possible.

Each of our nine documents follows an identical format. We begin by briefly summarizing a particular health issue. Next, we identify three possible courses of action to address the issue and their respective pros and cons. Last, we ask you to complete a brief survey relating to the courses of action.

To make it easier to provide us with your responses, the survey questions are included on the final pages of this document. Please detach and forward these pages to us by fax at: (613) 992-3782, or by mail at:

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

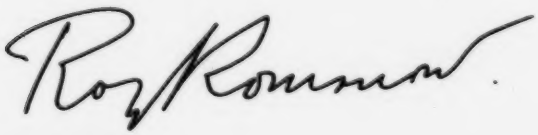
You can also complete the survey on-line through our interactive website at: www.healthcarecommission.ca.

There are no "right" or "wrong" answers, and the results are intended to be informational only. They are designed to illustrate how each person's response fits within the context of others who have responded, not to have scientific validity in and of themselves. The survey results are only one of many ways the Commission is studying and analyzing this issue. To order other titles in this series, please write to us at the address above, or call 1-800-793-6161. Other titles include:

- Homecare in Canada
- Pharmacare in Canada
- Access to healthcare in Canada
- Consumer choice in Canada's healthcare system
- The Canada Health Act
- Globalization and Canada's healthcare system
- Human resources in Canada's healthcare system
- Medically necessary care: what is it, and who decides?

We are grateful for your contribution to shaping Canada's healthcare system and hope that this document will be as informative to you, as we know your survey responses will be valuable to us.

Sincerely,



Roy Romanow

Sustainability of Canada's healthcare system

Canadians once took for granted having one of the best healthcare systems in the world. The professionals who gave us our care were superbly trained; the institutions they worked in were plentiful, well-stocked and had room for us when we needed it. We raised our glasses to each other's good health, secure in the knowledge that great care was available if wishes alone weren't enough.

But our confidence is getting shaky. Stories abound of a system riddled with problems. We hear about lengthy waiting lists, ambulances turned away from hospital doors and Canadians going to the U.S. because we don't have enough modern equipment to go around. Canadians are worried we won't be able to maintain medicare's essential promise of care for all who need it, free of direct charges.

Numbers speak volumes, telling the story of a system with a growing appetite for dollars. In the last 10 years alone, the average portion of provincial and territorial budgets spent on healthcare rose from 33.2 to 38 percent. We're a healthy nation, overall, but our good health comes at a high and ever-increasing cost. At 9.3 percent, Canada spends more of its gross domestic product on healthcare than most other industrialized nations (although we are about in the middle of the pack when it comes to spending per person). In 1974, it was only 6.7 percent.

It's not, however, physicians and hospital care that have increased costs. We're spending about the same on doctors as in the 1980s, and hospital costs actually take less from healthcare budgets than they did then. The rising costs have come from the shift to types of care not traditionally included in medicare. Spending on drugs has shot up as more and more pharmaceutical treatments are developed, and homecare costs are also exploding.

All these changes in how care is delivered, combined with demands for expensive new technology, have the public worried. Many people fear that an aging population will overwhelm the system and leave us unable to pay for all that's needed. The question is, can we sustain a universal healthcare system?

Many argue the system can be sustained very well — we still spend far less than the U.S. — provided we make substantial improvements in how it's managed. Others insist medicare can't be sustained and either we change the system, or we put more money into it. But Canadians don't want higher taxes, and politicians don't want to raise them. So if cash is the problem, how do we find new funds or spend what we've got differently?

This paper focuses on three of the many potential courses of action for Canada. They are:

I. Governments should expand the role of user fees for services usually covered by medicare;

II. Governments should set a limit for healthcare expenditures to encourage greater innovation in how the healthcare system deals with new technology and the aging population; and

III. The majority of any new health expenditures by government should be devoted to disease prevention and health promotion, not acute care.

User fees

There are already user fees in Canada's healthcare system. Some things — notably prescription drugs — are not covered by medicare outside of hospitals. They may be partially covered by provincial health insurance plans or private coverage, or not covered at all. When we talk about user fees in this paper, we're talking about introducing them for care received from a physician or in a hospital — which is not allowed under the Canada Health Act.

We wouldn't be the first country to introduce user fees for those services. But it isn't clear what Canadians think of the idea. Opinion polling on the subject has produced mixed results. How people respond is affected by how a question is asked, and results can be interpreted in different ways.

Course of Action: Governments should expand the role of user fees for services usually covered by medicare.

There are several ways to collect user fees for healthcare. It's possible to have patients pay a flat amount (usually just a small portion of the cost) for every visit to a doctor or hospital. Another way to collect fees would be by having the public pay deductibles for care — like the share of the bill paid for car accident repairs even though the driver has vehicle insurance. As with auto insurance, after the deductible was paid, the rest of the healthcare bill would be covered by the provincial health insurance plan. A third option is to have people declare their use of healthcare on their income tax forms and be taxed on how much care they used over the year.

What all of these have in common is that the more care you use, the more you pay out of your own pocket. So that those who are very sick aren't excessively burdened, a limit could be set on what an individual pays in a year (for example, in Sweden payments are capped so no one pays more than the equivalent of $135 CDN annually). To protect the poor, user fees could be adjusted based on income or even waived for those with the lowest incomes.

Whatever the means of collection, the amount charged for user fees will influence their impact on healthcare. Moderate charges may not bring enough money into the system and could be offset by administrative costs. Higher charges would hurt those with relatively low incomes who don't qualify for a fee exemption.

ARGUMENTS FOR

Some say user fees will discourage frivolous use of the healthcare system. They could make people more aware that there is a cost to using healthcare services. In Canada and abroad, research tends to conclude that user charges reduce some people's use of the system.

User fees might raise additional money for the healthcare system. Instead of reducing costs, user fees, if high enough, could provide an additional source of revenue.

User fees may help guide patients towards more cost-effective alternatives. There is little research on this topic, but user fees for inefficient services could persuade people to choose more efficient services that are free. Fees could be charged if a patient goes to a specialist for something that a general practitioner could do or goes to an emergency room for care they could get elsewhere.

The overall public cost of providing healthcare might be reduced if people pay user fees. A massive study by the RAND Corporation, a U.S.-based think tank, shows that user charges reduced use of services and costs for those who had to pay them.

ARGUMENTS AGAINST

User fees hurt the poor and the elderly. Most research shows that user fees cause the poor and the elderly to reduce their use of health services more than others, although they are statistically the people who need the most care. One study found low-income patients were more likely to die when they faced user charges. A recent study on the Quebec pharmacare program found that elderly people took 90 percent less of their needed medication when charged user fees.

The biggest costs to the healthcare system aren't usually from choices made by patients. Big-ticket items in healthcare — like hospital admissions, drugs and surgery — must all be ordered by doctors, so user fees for patients won't do much to discourage use. And services like visits to the family doctor, which the public has some choice in and thus might use frivolously, just don't cost a lot.

Patient over-use of the system is quite low. Based on the limited opportunities for over-use, some researchers estimate that patient over-use may account for as little as one percent of healthcare costs. In contrast, research has consistently shown that as much as 30 to 40 percent of all services ordered by doctors may be unnecessary or inappropriate.

User fees didn't reduce inappropriate use when tried before. User charges for physician services were tried out in Saskatchewan in 1968 and abolished seven years later. Overall healthcare costs didn't go down in the period because doctors charged more and people with more money received more physician services. In the RAND study, use declined with heavier user charges, but for necessary as well as unnecessary visits. Strikingly, though, the proportion of inappropriate antibiotic use, hospital stays and admissions remained the same.

User fees mean more administration costs. Billing patients and government for the same service costs more. Screening tests to measure people's ability to pay would add yet more to the administrative bill. Keeping track of what people used in order to issue income tax receipts could also be quite cumbersome.

The Canada Health Act was created to stop medicare user fees. Canadians are quite passionate about their medicare system and the fact that it shuts no one out. The main focus of the development of the Canada Health Act in 1984 was to get rid of the emerging trend in the late 1970s and early 1980s for physicians to collect user fees by extra billing. A health services review by Justice Emmett Hall in 1979 warned that extra billing by doctors and user fees levied by hospitals were creating a two-tiered system that threatened accessibility of care on the basis of need and how much a patient would likely benefit.

Costs could be shifted on to businesses. Healthcare benefits are common for employees, and businesses could well be expected to pick up the tab for insurance coverage against the cost of user fees. This could add greatly to their costs, making them less internationally competitive and making Canada a less attractive place to do business.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Limiting the amount government spends

Former New Brunswick premier Frank McKenna said that setting limits on provincial budgets is the way to make healthcare reform happen. If budgets keep growing, he reasoned, the incentive to be creative and change the system is diminished.

Such limits — called spending caps — may be one way to manage the growing costs of the healthcare system brought on by new technology and an aging population. Under a cap, provinces and healthcare providers can't just "buy" their way out of problems. They have to be innovative in dealing with the problems facing them, like the need for new technology or the ever-increasing demand for services.

Course of Action: Governments should set a limit for healthcare expenditures to encourage greater innovation in how the healthcare system deals with new technology and the aging population.

There are two points in the healthcare system where spending can be capped by governments. One is when the federal government gives money to the provinces for healthcare. Capping these funds forces provinces to either raise taxes or to find ways to manage on the funds they receive. In turn, provinces and territories can cap the amounts they give care providers.

Spending caps can be very sophisticated, based on a technical estimate of what care should cost and accompanied by a multi-year contractual guarantee that this amount will only go up or down in response to economic or demographic conditions. This isn't very different from how the federal government funds healthcare now under the Canada Health and Social Transfer, except for the idea of a multi-year contractual commitment from both sides.

Sudden extraordinary needs could be allowed for by leaving a portion of the budget free from the spending cap, as is done in Connecticut. Under this system, the government would be able to identify one-time, emergency circumstances that require extra funding. Another portion could be set aside for investing in beneficial long-term programs.

Arguments for

A cap could give providers the incentive to diagnose and treat patients in the most cost-effective manner possible. They know their spending limit, and they have to stick to it.

A capped budget means you can predict total cost in advance. As the system stands, we usually don't know what healthcare has cost until well after the end of the budget year. This is a challenge for provincial treasuries trying to do their financial planning.

If healthcare spending keeps increasing, it will drain money away from other areas. Between 2000 and 2020, the amount of money spent by the provinces and territories on healthcare is expected to grow more than twice as fast as the money spent on other goods and services — like education, social services, and transportation. We need to find ways to sustain the healthcare system and all the other services the public needs.

More money doesn't always mean better health. Research shows that spending more on healthcare means that at first health would get better and better with increases in the amount spent, but then it would plateau, regardless of increasing expenditures.

There is evidence that there is room for cost-saving innovation in the healthcare system. When budget cuts reduced the number of resident doctors in the 1990s, specially trained nurses were used to replace them in intensive care units for adults and children. Treatment for the youngsters was just as successful and their parents were equally satisfied with both types of care. Use of nurse practitioners, who have more training than other nurses and can provide many of the types of care regularly done by family doctors, actually leads to higher patient satisfaction and similar results when compared with care from a doctor.

Budget limits led to some innovation in the 1990s. When budgets tightened in the last decade, many institutions successfully used day surgery and other out-patient programs to reduce costs. A 1995 study on whether shorter hospital stays reduced the quality of care found that people were not more likely to go back to hospital or visit their doctors more often with shorter hospital stays.

ARGUMENTS AGAINST

Budget constraints don't necessarily make the healthcare system more efficient or effective. A 1994 comparative study of health-system reforms in industrialized countries found that overall budget constraints may have weakened efforts to become more efficient or effective. Budget ceilings may have reduced costs — by reducing the number of beds, for example — but the remaining resources weren't used more efficiently.

Budget constraints can hit workers and patients hard. A study of hospitals in Rochester, N.Y. found that wages and benefits for workers were significantly reduced after capped budgets were introduced. Within Canada, budget constraints have led hospitals to move more and more patients into the home to convalesce after acute care. Outside hospital walls, costs for medical devices and drugs sometimes have to be picked up by patients or their caregivers.

A capped budget can't respond to sudden, extraordinary care demands. If all healthcare budgets were inflexible, then sudden, serious illnesses like HIV/AIDS could not be responded to. The most recent example of possible unexpected demands on the system is the threat of bio-terrorism.

The cuts resulting from budget limits were quite painful in the '90s. In 1998, public confidence in the health system hit an all-time low. Over 70 percent of queried Canadians thought that waiting times were worse than in previous years. Eighty-six percent attributed a lower quality of service to budget cuts.

The aging population is not a serious threat to the sustainability of the healthcare system. The experience of other countries, which have already experienced their "baby booms", leads some experts to say the demands of an aging population are not the threat people think, because the increase will occur along a gradual slope, easily cushioned by growth in the economy.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Increasing Disease Prevention and Health Promotion

It has been suggested that in order to save money in the Canadian healthcare system we need to try to stop people from getting sick in the first place. Actually, not all disease prevention and health promotion efforts save money. If we choose to spend money on these efforts, we have to be very careful that we choose the most cost-effective ones.

Disease prevention helps people avoid getting sick, becoming injured, or even dying. Everything from the work of Mothers Against Drunk Driving to putting calcium in orange juice and regulating safe working environments are prevention efforts. Health promotion work is also familiar to a lot of Canadians, whether through school lessons on the Canada Food Guide, or TV commercials from ParticipACTION, urging Canadians to be as active as the average 60-year-old Swede.

Course of Action: The majority of any new health expenditures by government should be devoted to disease prevention and health promotion, not acute care.

Instead of putting new funds into care for people after they've been injured or become sick, money could be put into health promotion and disease prevention. This is what Saskatchewan had in mind in 1994, when the province told district health boards they could transfer money out of acute care for promotion and prevention, but couldn't move money into acute care from other services.

If we were to put new money into prevention and promotion, dollars could be spent on things like regulating smoking, changing the fat content of foods and helping people make healthy lifestyle choices. We could also undertake public-health initiatives, such as environmental clean-up.

ARGUMENTS FOR

The healthier people are, the better. Healthcare should not just focus on keeping people alive, but on giving them the healthiest life possible. Prevention and promotion efforts can improve the quality of the life for Canadians, which is one of the main goals of the federal health department.

Most illnesses treated in the industrial world are preventable. In the United States, illnesses that could have been prevented account for about 70 percent of the total burden of illness and cost of care, and the cost of care for preventable conditions is growing. Much suffering can be avoided by preventing illness, and it's cheaper than treating someone after they're sick.

Having doctors do disease prevention and health promotion can be very cost-effective. Patient education works well one-to-one — research shows that some programs encouraging doctors to talk to patients about quitting smoking are very cost-effective. There is evidence that patient education programs, particularly when they promote self-care, reduce costs by reducing medical visits.

An infusion of money would help get proven programs into routine practice. We already know a lot about how to improve health by working in schools and with communities. All we have to do now is make the commitment to put these programs in place.

ARGUMENTS AGAINST

We should concentrate spending on the most effective activities. A wholesale investment in prevention and promotion may not be an effective use of cash; we need to make careful choices. Evidence shows that existing preventive services like screening for cholesterol are best applied to particular populations, rather than being done universally. The money saved from these targeted approaches could be used to expand prevention and promotion efforts in other areas.

Many disease prevention activities actually increase medical expenditures. The savings from a prevented illness are often less than the total cost of preventing it. This doesn't mean that prevention isn't worth the cost. It just isn't the missing link to a financially sustainable health system.

There's no guarantee that big disease-prevention campaigns will help. A large-scale study by the National Cancer Institute in the U.S. showed that prevention and promotion efforts only helped three percent of light-to-moderate smokers quit, compared to those who weren't exposed to prevention and promotion efforts. The program made no difference to quitting among heavy smokers. So, we'd have to be careful to make sure that we did not repeat the mistakes of other countries.

Spending on other social factors may make the population healthier overall than prevention and promotion efforts. Instead of putting all dollars into prevention and promotion, it would be better to use some of it to address the social and economic factors like jobs, education, and community safety. Making these changes would have a much larger impact on health. It is widely accepted in the research literature that people with higher incomes live longer and healthier lives than the poor.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Acknowledgements

This document was produced by the Canadian Health Services Research Foundation, in partnership with the Commission on the Future of Health Care in Canada. The topics and courses of action reflect key issues raised frequently in the Commission's consultations to date, for which the Foundation was able to find relevant research evidence to help inform the debate.

This document has been reviewed by the following experts for accuracy and fairness, but final responsibility lies with the Canadian Health Services Research Foundation:

Glenn Brimacombe
Chief Executive Officer
Association of Canadian Academic Healthcare Organizations

Jerry Hurley
Professor, Department of Economics and Centre for Health Economics and Policy Analysis
McMaster University

Penelope Hawe
Professor, Department of Community Health Sciences
and Markin Chair in Health, Wellness and Society
University of Calgary

A complete bibliography of the research used to prepare these documents can be found at www.healthcarecommission.ca.

SURVEY INSTRUCTIONS

Please detach the following page and forward to us by fax at:
(613) 992-3782

Or by mail at:
Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

For information:
Call toll free at 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Thank you

Survey Questions

Please indicate your opinion on each of the following questions by checking the appropriate response.

User Fees

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Charging user fees for services usually covered by medicare will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Patients should pay a flat fee every time they visit a doctor or hospital.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Patients should pay a deductible every time they visit a doctor or hospital.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Patients should pay additional tax on the healthcare they use, through their income tax forms.	❑	❑	❑	❑	❑
5. The more healthcare you use, the more you should pay.	❑	❑	❑	❑	❑
6. I would visit my doctor less if I had to pay $20 each time.	❑	❑	❑	❑	❑

Limiting the Amount Government Spends

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would be improved if governments set a limit for healthcare expenditures to encourage greater innovation in how the healthcare system deals with new technology and the aging population.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Governments should set health care budgets at least three years in advance, so that health providers can plan better.	❑	❑	❑	❑	❑
3. It's more important to spend better than to spend more.	❑	❑	❑	❑	❑

Increasing Disease Prevention and Health Promotion

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would be improved if the majority of any new health expenditures by government were devoted to disease prevention and health promotion, not acute care.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Government should increase healthcare spending in order to invest in disease prevention and health promotion.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Healthcare is not just about fixing people when they're sick — it's about keeping them healthy, too.	❑	❑	❑	❑	❑
4. We should spend as much money preventing illness as treating it.	❑	❑	❑	❑	❑

Analysis Information

Please complete the following information for analysis purposes. Thank you.

Gender: ❑ Male ❑ Female

Age: ❑ under 18 ❑ 19-29 ❑ 30-49 ❑ 50-65 ❑ over 65

Province or Territory in which you reside: _____

Continued ...

Your annual household income from all sources before taxes is: (Optional)

Choose one:

❑ Less than $20000

❑ $20000 to $39999

❑ $40000 to $59000

❑ $60000 to $79000

❑ $80000 to $99000

❑ More than $100K

The highest level of schooling you have completed is: (Optional)

Choose one:

❑ Elementary School or less

❑ Secondary School

❑ Community College/CEGEP/Trade School

❑ Prof./Trade Certification

❑ Bachelor Degree

❑ Graduate Degree

Are you a healthcare professional? (Optional)

❑ Yes ❑ No

Approximately how many times in the last year have you personally used the healthcare system? (eg. seen a doctor or specialist, spent time in the hospital, received care in a hospital emergency room, etc.) (Optional)

Choose one:

❑ 0-3

❑ 4-6

❑ 7-9

❑ More than 10

Commission on the Future
of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7
Toll-Free 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT D'INFORMATION / DE SONDAGE

La viabilité du système de soins de santé au Canada

JUIN 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents d'information/de sondage conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document d'information/de sondage sur la viabilité du système de soins de santé au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

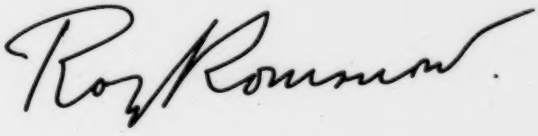
Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- Les soins à domicile au Canada
- L'accès aux soins de santé au Canada
- L'assurance-médicaments au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La mondialisation et le système de soins de santé au Canada
- Les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Roy Romanow

La viabilité du système de soins de santé au Canada

Il fut une époque où les Canadiens tenaient pour acquis leur système de santé, l'un des meilleurs au monde. Les professionnels qui y dispensaient les soins étaient exceptionnellement bien formés; les établissements dans lesquels ils œuvraient étaient bien nantis et bien approvisionnés, et les places ne manquaient pas pour ceux qui avaient besoin de soins. Nous nous sommes félicités de notre bonne santé puisque nous étions tous convaincus d'avoir accès à d'excellents soins lorsque le besoin s'en faisait sentir. Notre beau système n'était pas un rêve, mais bien une réalité.

Notre confiance est pourtant en train de s'éroder. On ne manque pas d'exemples de problèmes qui assaillent ce système. Nous entendons parler de longues listes d'attente, de patients transportés par ambulance que refusent les hôpitaux et de Canadiens qui préfèrent se faire soigner aux États-Unis, parce que nous ne disposons pas d'autant d'équipement moderne. Les Canadiens s'inquiètent de ne pas pouvoir préserver la principale promesse du régime d'assurance-maladie, celle de soins médicaux pour tous ceux qui en ont besoin, sans frais directs.

Les chiffres sont très éloquents et reflètent la réalité d'un système affamé de dollars. Rien qu'au cours des dix dernières années, en moyenne, les fonds consacrés par les provinces et territoires aux soins de santé se sont accrus de 33,2 à 38 pour cent. Nous sommes une nation généralement en bonne santé, mais à un prix de plus en plus élevé. Les 9,3 pour cent du produit intérieur brut que le Canada consacre aux soins de santé le place bien en avant de la majorité des pays industrialisés (bien que nous nous trouvions dans la moyenne lorsqu'il s'agit des dépenses par habitant). En 1974, il ne s'agissait que de 6,7 pour cent.

Ce n'est cependant pas à cause des médecins et des hôpitaux que les coûts ont augmenté. Les médecins accaparent à peu près la même part des dépenses qu'en 1980 et les hôpitaux accaparent une moins grande partie du budget de la santé qu'à cette époque. La croissance des coûts provient de l'évolution vers des types de soins qui ne faisaient pas historiquement partie du régime d'assurance-maladie. Les frais des médicaments ont subi une ascension fulgurante due au développement d'un nombre sans cesse croissant de traitements pharmaceutiques et les dépenses consacrées aux soins à domicile ont, quant à elles, explosé.

Cette évolution de la façon dont les soins de santé sont dispensés ainsi que la nécessité d'adopter de nouvelles technologies onéreuses constituent pour la majorité des gens une source d'inquiétude. Ceux-ci se demandent si le vieillissement de la population n'aura pas pour effet de surcharger le système et faire en sorte que nous ne soyons plus en mesure de financer ce dont nous avons besoin. La question qui se pose est celle de savoir si nous pouvons soutenir un système universel de soins de santé.

Un grand nombre de gens estiment que le système peut être soutenu – nous dépensons encore bien moins que les États-Unis – à condition que nous apportions des modifications majeures à sa gestion. D'autres soulignent le fait que l'assurance-maladie ne peut pas être soutenue et qu'il faut modifier le système ou alors y injecter plus de fonds. Cependant, les Canadiens ne souhaitent pas payer plus d'impôt et les politiciens ne veulent pas les augmenter. Donc, s'il s'agit d'un problème de financement, la question qui se pose alors est celle de savoir comment trouver de nouveaux fonds ou comment réaffecter ceux que nous avons déjà.

Ce document se demande si :

I. Les gouvernements devraient élargir l'imposition de tickets modérateurs à des services généralement couverts par l'assurance-maladie;

II. Les gouvernements devraient imposer des limites aux dépenses en santé pour favoriser l'innovation au chapitre de l'intégration des nouvelles technologies et du vieillissement de la population; et

III. La majorité des nouvelles dépenses gouvernementales en santé devrait être consacrée à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, plutôt qu'aux soins de courte durée.

Ticket modérateur

Les tickets modérateurs existent déjà au sein du système de santé canadien. Certains éléments — notamment les médicaments de prescription — ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie en dehors de l'hôpital. Certains régimes d'assurance provinciaux ou privés n'en remboursent qu'une partie, ou même pas du tout. Lorsque nous parlons de tickets modérateurs dans ce document, nous traitons de la possibilité de les adopter pour les cas de soins dispensés par un médecin ou par un hôpital — ce que la Loi canadienne sur la santé ne permet pas.

Le Canada ne serait pas le premier pays à adopter des tickets modérateurs pour ces services. Mais on ne connaît pas l'opinion exacte des Canadiens à ce chapitre. Les sondages d'opinion sur la question n'ont produit que des résultats discutables. La façon de répondre des gens dépend de la manière dont la question est posée, et les résultats peuvent être interprétés de différentes manières.

Plan d'action : Les gouvernements devraient élargir l'imposition de tickets modérateurs à des services généralement couverts par l'assurance-maladie.

Il y a plusieurs façons d'imposer des tickets modérateurs. On peut percevoir une somme forfaitaire (habituellement une petite partie des frais) à chaque visite au cabinet du médecin ou à l'hôpital. On peut également le faire en imposant au patient une franchise — comme dans le cas où l'assuré paie une partie des factures de réparations de son automobile suite à un accident, même en étant assuré. À l'instar de l'assurance automobile, une fois le montant de la franchise payé, le reste des frais de soins de santé serait défrayé par le régime provincial d'assurance-maladie. Il est possible de le faire d'une troisième façon, soit en demandant aux gens d'inclure dans leur déclaration de revenus l'utilisation qu'ils ont faite du système de soins de santé et qu'ils soient imposés en conséquence.

L'élément commun à ces trois méthodes réside dans le fait que plus on a recours aux services, plus on paie. Afin que ceux qui sont très malades ne subissent pas un fardeau excessif, on peut fixer une limite à ce que doit payer une personne en une année (par exemple, en Suède, les paiements ne doivent pas dépasser l'équivalent de 135 dollars canadiens par année). Les tickets modérateurs pourraient être ajustés en fonction du revenu ou même éliminés pour ceux dont les revenus sont au bas de l'échelle, ce qui permettrait de protéger les défavorisés.

Quel que soit le moyen de perception choisi, la valeur du ticket modérateur aura un impact. Un montant trop modique pourrait ne pas amener assez de fonds au système, fonds qui pourraient être absorbés par les frais administratifs. Un montant plus élevé risque de sérieusement incommoder ceux dont les revenus ne sont pas assez bas pour être exemptés de payer.

ARGUMENTS FAVORABLES

Certains prétendent que des tickets modérateurs décourageront l'utilisation non essentielle du système de santé. Ils pourraient contribuer à sensibiliser les gens aux coûts des services de santé. Au Canada et ailleurs, la recherche tend à prouver que les tickets modérateurs réduisent l'utilisation du système par certaines personnes.

Les tickets modérateurs peuvent constituer une source additionnelle de revenu pour le système de santé. Au lieu de réduire les coûts, les tickets modérateurs, à condition qu'ils soient suffisamment élevés, pourraient représenter une source additionnelle de revenus.

Les tickets modérateurs peuvent contribuer à orienter les patients vers des services plus rentables. La recherche n'est pas très étoffée à ce chapitre mais des tickets modérateurs appliqués à des services inefficaces peuvent convaincre les utilisateurs de choisir d'autres services plus efficaces qui sont gratuits. Le ticket modérateur pourrait s'appliquer aux patients qui ont recours à des spécialistes alors qu'ils pourraient s'adresser à des omnipraticiens, ou qui vont en salle d'urgence pour des soins qu'ils peuvent obtenir ailleurs.

Les coûts des services de santé pourraient être réduits si les utilisateurs payaient un ticket modérateur. Une étude d'envergure effectuée par la RAND Corporation, un groupe de réflexion américain, montre que le ticket modérateur a entraîné une baisse de l'utilisation des services et des coûts pour ceux qui avaient à en payer un.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Ils nuisent aux défavorisés et aux aînés. La majorité des études montrent que le ticket modérateur entraîne chez les défavorisés et les aînés une baisse plus prononcée de l'utilisation des services de santé que chez les autres catégories, et ce, malgré le fait que, statistiquement, ce soit ceux qui en ont le plus besoin. Une des études a conclu que les patients à faible revenu étaient plus susceptibles de mourir lorsqu'on leur imposait un ticket modérateur. Une étude récente sur le régime d'assurance-médicaments du Québec a conclu que les aînés réduisaient de 90 pour cent leur consommation des médicaments dont ils avaient besoin lorsqu'ils devaient payer un ticket modérateur.

Les coûts les plus importants du système de santé ne découlent pas de choix faits par les patients. Les éléments onéreux des soins de santé — comme les admissions aux hôpitaux, les médicaments et les interventions chirurgicales — doivent être prescrits par un médecin, par conséquent les tickets modérateurs n'auront pratiquement pas d'effet réducteur sur l'utilisation. De plus, les services tels que les visites aux cabinets de médecins, pour lesquels les patients jouissent d'une certaine latitude et qu'ils peuvent ainsi utiliser à des fins non essentielles, ne coûtent vraiment pas cher.

La surutilisation du système par les patients est très faible. Étant donné le peu d'occasions de surutilisation qu'ont les patients, certains chercheurs estiment que celle-ci pourrait atteindre à peine un pour cent des coûts des soins de santé. D'autre part, la recherche indique depuis longtemps que de 30 à 40 pour cent des services demandés par les médecins ne sont peut-être pas nécessaires ou sont inappropriés.

Lors d'essais antérieurs, les tickets modérateurs n'ont pas réduit la mauvaise utilisation des services. Le ticket modérateur pour les services de médecins a été mis à l'essai en Saskatchewan en 1968 et a été éliminé sept ans plus tard. L'ensemble des coûts des soins de santé n'a pas baissé au cours de cette période parce que les médecins demandaient plus cher et les mieux nantis ont reçu plus de services des médecins. L'étude de la RAND conclut que l'imposition de tickets modérateurs plus élevés a entraîné une réduction de l'utilisation, tant pour les visites nécessaires que superflues. Toutefois, il est étonnant de constater que le taux d'utilisation inadéquate d'antibiotiques ainsi que les séjours et admissions aux hôpitaux sont restés inchangés.

Le ticket modérateur entraîne l'accroissement des coûts administratifs. Facturer le patient et le gouvernement pour un même service coûte plus cher et les méthodes pour mesurer la capacité de payer des patients augmenteraient les coûts administratifs. La gestion des dossiers sur l'utilisation des patients, pour leur émettre des reçus aux fins d'impôt, pourrait également s'avérer très lourde.

La Loi canadienne sur la santé a été adoptée pour empêcher la mise en place de tickets modérateurs. Les Canadiens prennent à cœur leur régime d'assurance-maladie et le fait qu'il n'exclut personne. Le principal objectif de l'élaboration en 1984 de la Loi canadienne sur la santé était de se débarrasser de la nouvelle tendance de la fin des années 1970 et du début des années 1980 qu'avaient les médecins d'imposer un ticket modérateur par le biais de la surfacturation. En 1979, l'examen des services de santé par le juge Emmett Hall a servi de mise en garde voulant que la surfacturation par les médecins et les tickets modérateurs imposés par les hôpitaux établissaient de fait un système de santé à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité aux soins basée sur le besoin, et à quel point le patient en bénéficierait.

Les coûts pourraient être transférés aux entreprises. Les avantages en matière de santé sont monnaie courante chez les employés et on peut bien s'attendre à ce que les entreprises prennent en charge le coût des assurances pour couvrir le coût des tickets modérateurs. Cela pourrait augmenter sensiblement leurs frais et, par conséquent, les rendre moins concurrentielles sur la scène internationale et rendre le Canada moins attirant en tant que pays qui favorise les entreprises.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Limiter les dépenses gouvernementales

L'ancien Premier ministre du Nouveau-Brunswick, Frank McKenna, a déclaré que l'imposition de limites au budget provincial constitue le bon moyen de provoquer les réformes du système de santé. Si les budgets continuent d'augmenter, il n'y a plus d'incitatif à la créativité et l'évolution du système est freinée.

De telles limites — appelées plafonnement des dépenses — pourraient bien constituer un moyen de gérer la croissance des coûts des soins de santé qu'entraînent les nouvelles technologies et le vieillissement de la population. En vertu du plafonnement, les provinces et les fournisseurs de soins de santé ne peuvent plus régler leurs problèmes simplement en « engloutissant » plus d'argent. Ils doivent faire preuve de créativité face à l'utilisation des nouvelles technologies et à la demande sans cesse croissante de services.

Plan d'action : Les gouvernements devraient imposer des limites aux dépenses en santé pour favoriser l'innovation au chapitre de l'intégration des nouvelles technologies et du vieillissement de la population.

Les dépenses du système de santé peuvent être plafonnées par les gouvernements à deux paliers. Le plafonnement peut survenir lorsque le gouvernement verse les fonds de santé aux provinces, ce qui oblige les provinces à augmenter les impôts ou à trouver d'autres moyens pour gérer les fonds qu'elles reçoivent. À leur tour, ces dernières peuvent plafonner les sommes qu'elles versent aux fournisseurs de soins.

Le plafonnement des dépenses peut être très pointu, en fonction d'une estimation technique de ce que devraient coûter les soins, et il peut être accompagné d'une garantie contractuelle pluriannuelle que ces coûts ne fluctueront à la hausse ou à la baisse qu'en fonction de facteurs économiques ou démographiques. Cette approche est semblable à celle utilisée actuellement par le gouvernement fédéral pour financer les soins de santé en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, à l'exception de l'engagement contractuel pluriannuel des deux parties.

On pourrait laisser le système réagir à des besoins soudains et exceptionnels en n'assujettissant pas une partie du budget au plafonnement, comme le fait le Connecticut. Ce système permet au gouvernement de reconnaître des circonstances uniques et urgentes exigeant une injection de fonds additionnels. Une autre part du budget pourrait être réservée à des investissements dans des programmes dont les avantages ne seraient ressentis qu'à long terme.

ARGUMENTS FAVORABLES

Un plafond de dépenses imposé aux fournisseurs pourrait pousser ces derniers à diagnostiquer et traiter leurs patients de la façon la plus rentable. Ils connaissent les limites des dépenses et doivent s'y conformer.

Un budget plafonné permet de prévoir d'avance la totalité des coûts. Dans l'état actuel du système, nous ne pouvons définir les coûts des soins de santé que bien après la fin de l'année financière. C'est là un défi pour les ministères des finances provinciaux devant planifier les finances.

Si les dépenses des soins de santé continuent de croître, elles le feront aux dépens d'autres secteurs. Entre les années 2000 et 2020, les fonds dépensés par les provinces et territoires en soins de santé devraient croître deux fois plus vite que ceux consacrés aux autres biens et services — comme l'éducation, les services sociaux et les transports. Il nous faut trouver des moyens pour soutenir le système de santé et tous les autres services dont le public a besoin.

Des fonds additionnels ne se traduisent pas toujours par une meilleure santé. La recherche montre que le fait d'injecter plus de fonds dans les soins de santé signifie qu'on peut constater une amélioration de la santé correspondante aux augmentations des fonds, mais qu'au bout d'un moment cette amélioration plafonne, quelles que soient les augmentations des dépenses.

Il est encore possible d'innover en matière de compression des coûts du système de santé.

Lorsque les compressions ont entraîné une baisse du nombre de médecins résidents dans les années 1990, on a eu recours à des infirmières spécialement formées pour les remplacer dans les services de soins intensifs pour adultes et pour enfants. Le traitement dispensé aux jeunes réussissait tout aussi bien et les parents étaient autant satisfaits par les deux types de soins. Le recours aux infirmières praticiennes, qui sont plus formées que les autres infirmières et qui peuvent administrer les soins que dispensent normalement les médecins de famille, mène en réalité à un taux de satisfaction plus élevé chez les patients et à des résultats similaires lorsqu'on établit la comparaison avec les soins dispensés par un médecin.

Les limites de budgets ont mené à une certaine innovation au cours des années 1990. Le resserrement des budgets au cours de la dernière décennie a fait en sorte que de nombreux établissements ont eu recours avec succès à la chirurgie de jour et à d'autres programmes de soins externes pour réduire les coûts. En 1995, une étude examinait si les séjours plus courts réduisaient la qualité des soins et concluait que les patients n'étaient pas susceptibles de retourner à l'hôpital ou de se rendre plus souvent au cabinet de leur médecin à cause de ces séjours.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Les contraintes budgétaires n'améliorent ni l'efficacité ni l'efficience du système de santé. Une étude comparative de 1994 sur les réformes des systèmes de santé dans les pays industrialisés a conclu que les contraintes budgétaires globales peuvent avoir nui aux efforts visant à devenir plus efficients ou efficaces. Les budgets plafonnés peuvent avoir entraîné une réduction des coûts — par la réduction du nombre de lits, par exemple — mais on n'a pas exploité plus efficacement les autres ressources.

Les contraintes budgétaires peuvent significativement nuire aux travailleurs et aux patients. Une étude des hôpitaux de Rochester, New York, a conclu que les salaires et avantages sociaux des travailleurs ont sensiblement baissé suite à l'adoption de plafonds budgétaires. Au Canada, les contraintes budgétaires ont mené les hôpitaux à renvoyer les convalescents chez eux après avoir reçu des soins de courte durée. En dehors des hôpitaux, les coûts des appareils médicaux et des médicaments doivent être assumés par les patients ou par leurs fournisseurs de soins.

Un budget plafonné ne peut pas répondre à des demandes de soins soudaines ou exceptionnelles. Si tous les budgets de soins de santé étaient rigides, on ne serait plus en mesure de réagir à des maladies soudaines et sérieuses comme le VIH/sida. La plus récente illustration de demandes inattendues qui éprouvent le système est la menace de bioterrorisme.

Les compressions qui ont découlé des réductions budgétaires dans les années 1990 ont été très pénibles. En 1998, la confiance qu'avait placée le public dans le système de santé a atteint un creux jamais égalé. Plus de 70 pour cent des Canadiens sondés pensaient que les périodes d'attente étaient plus longues qu'au cours des années précédentes. Quatre-vingt-six pour cent d'entre eux attribuaient la détérioration de la qualité des services aux compressions budgétaires.

Le vieillissement de la population ne constitue pas une menace sérieuse à la durabilité du système de santé. L'expérience d'autres pays qui ont déjà vécu leur « baby-boom », mène certains experts à conclure que les demandes d'une population vieillissante ne constituent pas la menace qu'imaginent les gens parce que l'augmentation ne se fera que graduellement et que ses effets seront facilement amortis par la croissance de l'économie.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Intensifier la prévention de la maladie et la promotion de la santé

Certains pensent que pour réaliser des économies dans le système de santé canadien, il nous faut d'abord tenter d'empêcher les gens de tomber malade. En réalité, ce ne sont pas tous les efforts de prévention de la maladie ou de promotion de la santé qui permettent de réaliser des économies. Si nous décidons de consacrer des fonds à ces efforts, nous devons nous assurer de choisir les plus rentables.

La prévention de la maladie aide les Canadiens à éviter de tomber malade, de se blesser ou même de mourir. Des organismes comme Mothers Against Drunk Driving, le calcium ajouté au jus d'orange et la réglementation sur la santé et la sécurité au travail représentent tous des efforts de prévention. Ceux visant la promotion de la santé ne sont pas étrangers à bon nombre de Canadiens, que ce soit par le biais de leçons scolaires sur le Guide alimentaire canadien ou de publicités télévisées de participACTION Canada, qui poussent les Canadiens à être aussi actifs qu'un Suédois moyen de 60 ans.

Plan d'action : La majorité des nouvelles dépenses gouvernementales en santé devrait être consacrée à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, plutôt qu'aux soins de courte durée.

Au lieu d'augmenter les fonds pour des soins qu'on administre après que les gens se soient blessés ou soient tombés malades, l'argent pourrait plutôt être investi dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. C'était là l'objectif de la Saskatchewan en 1994 alors qu'elle permettait aux régies de la santé de transférer des fonds des soins de courte durée vers la promotion et la prévention, mais ne leur permettait pas de le faire dans l'autre sens, soit de transférer des fonds d'autres services vers les soins de courte durée.

Si on investissait de nouveaux fonds dans la promotion et la prévention, cela pourrait être dans des projets comme la réglementation du tabagisme et le changement de la teneur en matière grasse des aliments, ou en aidant les gens à choisir des modes de vie saine. Des initiatives de santé publique pourraient aussi être entreprises, comme la dépollution environnementale.

Arguments favorables

Plus les gens sont en santé, mieux c'est. Les soins de santé ne devraient pas se préoccuper uniquement de maintenir les gens en vie, mais aussi de leur offrir la vie la plus saine possible. Les efforts de prévention et de promotion peuvent améliorer la qualité de vie des Canadiens, ce qui constitue un des objectifs du ministère fédéral de la Santé.

La plupart des maladies du monde industrialisé sont évitables. Aux États-Unis, les maladies qui auraient pu être évitées représentent 70 pour cent du fardeau global des maladies et du coût des soins. Les dépenses consacrées aux soins des maladies évitables sont en croissance. On peut éviter une bonne part de souffrance en prévenant les maladies et c'est moins onéreux que de devoir traiter quelqu'un une fois malade.

Que les médecins se livrent à la prévention des maladies et à la promotion de la santé peut s'avérer très rentable. La promotion est la plus efficace quand elle se fait de médecin à patient. La recherche montre que les programmes qui favorisent le dialogue médecin-patient sur le tabagisme sont très rentables. On trouve des indices à l'effet que les programmes d'éducation des patients, plus particulièrement lorsqu'ils encouragent les gens à mieux prendre soin d'eux-mêmes, diminuent les coûts du fait qu'ils réduisent la fréquence des visites médicales.

Une injection de fonds permettrait à des programmes déjà éprouvés d'entrer en vigueur. Nous savons déjà très bien comment améliorer la santé par le biais des écoles et des communautés. Tout ce qu'il faut faire maintenant, c'est de prendre l'engagement de mettre ces programmes en place.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Nous devons nous préoccuper de financer les activités les plus rentables. Un investissement sans discernement en prévention et en promotion pourrait ne pas constituer l'utilisation la plus efficace des fonds; il nous faut établir des choix éclairés. Il est prouvé qu'il vaut mieux offrir les services actuels de prévention, comme le dépistage du cholestérol, à certaines couches de la population plutôt qu'à son ensemble. Les épargnes réalisées par ces approches ciblées peuvent être utilisées pour accroître les efforts de prévention et de promotion dans d'autres secteurs.

En réalité, de nombreuses activités de prévention augmentent les dépenses médicales. Les épargnes qui découlent d'une maladie évitée sont souvent inférieures au coût total de sa prévention. Cela ne veut pas dire que la prévention ne vaut pas la dépense. Il ne faut tout simplement pas croire que c'est là le chaînon manquant d'un système de santé financièrement durable.

Rien ne garantit le succès des grandes campagnes de prévention. Une étude très étendue effectuée par le National Cancer Institute des États-Unis montre que les efforts de promotion et de prévention n'ont aidé que trois pour cent des fumeurs, légers ou modérés, à cesser de fumer, par opposition à ceux qui n'ont pas fait l'objet d'efforts de prévention et de promotion. Ces efforts n'ont pas vraiment incité les fumeurs invétérés à cesser. Il faut donc éviter de répéter les erreurs d'autres pays.

Consacrer des fonds à d'autres facteurs sociaux peut améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, plus que ne peuvent le faire les efforts de prévention et de promotion. Plutôt que de consacrer les fonds à la prévention et à la promotion, il vaudrait mieux en utiliser une partie pour d'autres facteurs sociaux et économiques tels que les emplois, l'éducation et la sécurité communautaire. Faire ces changements auraient des effets beaucoup plus importants sur la santé. En général, la recherche reconnaît que les riches vivent plus longtemps et mieux que les pauvres.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Glenn Brimacombe
Président-directeur général
Association canadienne des institutions de santé universitaires

Jerry Hurley
Professeur, Département d'économie et Centre for Health Economics and Policy Analysis
McMaster University

Penelope Hawe
Professeure, Department of Community Health Sciences et Markin Chair in Health, Wellness and Society
University of Calgary

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

INSTRUCTIONS DU SONDAGE

Veuillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

LES TICKETS MODÉRATEURS

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Le fait d'imposer des tickets modérateurs pour les services habituellement couverts par l'assurance-maladie améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les patients devraient payer un taux fixe chaque fois qu'ils vont chez le médecin ou à l'hôpital.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Les patients devraient payer une franchise chaque fois qu'ils vont chez le médecin ou à l'hôpital.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Les patients devraient payer des impôts additionnels pour les soins de santé qu'ils utilisent, par l'intermédiaire de leurs formulaires de déclarations de revenu personnel.	❑	❑	❑	❑	❑
5. Plus les gens utilisent le système de santé, plus ils devraient payer.	❑	❑	❑	❑	❑
6. J'irais voir mon médecin moins souvent si je devais payer 20 $ à chaque visite.	❑	❑	❑	❑	❑

LES LIMITES DES DÉPENSES

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé au Canada s'amélioreraient si les gouvernements mettaient une limite aux dépenses en matière de santé pour favoriser l'innovation dans la façon dont le système de santé aborde la nouvelle technologie et le vieillissement de la population.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les gouvernements devraient établir les budgets de la santé au moins trois ans à l'avance pour que les fournisseurs de soins de santé puissent mieux planifier.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Il est plus important de dépenser mieux que de dépenser davantage.	❑	❑	❑	❑	❑

LA PROMOTION DE LA SANTÉ

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé au Canada s'amélioreraient si la majorité des nouvelles dépenses gouvernementales en matière de santé était allouée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé plutôt qu'aux soins intensifs.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Le gouvernement devrait augmenter les dépenses en matière de santé afin d'investir dans la prévention des maladies et la promotion de la santé.	❑	❑	❑	❑	❑
3. La santé, ce n'est pas seulement une question de guérir les gens lorsqu'ils sont malades, c'est aussi de les garder en santé.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Nous devrions dépenser autant d'argent à prévenir les maladies qu'à les traiter.	❑	❑	❑	❑	❑

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veuillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : ❑ homme ❑ femme

Âge : ❑ 18 ans et moins ❑ 19 à 29 ans ❑ 30 à 49 ans ❑ 50 à 65 ans ❑ plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ **< 20 000 $**

❑ **20 000 $ – 39 999 $**

❑ **40 000 $ – 59 999 $**

❑ **60 000 $ – 79 999 $**

❑ **80 000 $ – 99 999 $**

❑ **100 000 $ ou plus**

Niveau de scolarité atteint ; (question optionnelle)

Choisissez :

❑ **Élémentaire**

❑ **Études secondaires**

❑ **Collège communautaire/technique ou CEGEP**

❑ **Grade supérieur**

❑ **Certificat professionnel**

❑ **Baccalauréat**

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

❑ **Oui** ❑ **Non**

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ **de 0 à 3 fois**

❑ **de 4 à 6 fois**

❑ **de 7 à 9 fois**

❑ **10 fois ou plus**

Commission sur l'avenir
des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7
Sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca